

Una risposta
ai comportamenti violenti
degli adolescenti

Alle origini del disagio

Cronaca regionale:

Advanced Practice Nursing APN
Esperienza pratica in due ospedali
della Svizzera tedesca

Paziente con disturbo psicotico in ospedale
Approccio infermieristico
per una corretta prevenzione
e gestione dello scompenso

Tema libero

Bevande energetiche,
pro e contro...

Approfondimenti

L'esperienza del
Dr Mario Melazzini
È troppo bello vivere



Periodico d'informazione sulle
attività dell'associazione svizzera
infermiere/i

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 9/13

Segretariato ASI

Via Simen 8
CH-6830 Chiasso
Tel. 091 682.29.31
Fax 091 682.29.32
E-mail:
segretariato@asiticino.ch
Sito internet:
www.asiticino.ch

Redazione

Isabelle Avosti
Annette Biegger
Elena Agazzi

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

Società d'arti grafiche già Veladini &co SA
www.veladini.ch

Foto copertina: Bilderbox

SOMMARIO

Settembre 2013 - n. 3

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 Advanced Practice Nursing APN
(Stefania Simone / Prof. Dr Romy Mahrer-Imhof)

8 Paziente con disturbo psicotico in ospedale
(Jessica Jacob Jemora)

Tema libero

9 Bevande energetiche, pro e contro...
(Annette Biegger)

Approfondimenti

10 Alle origini del disagio
(Brigitte Longerich)

13 L'esperienza del Dr Mario Melazzini
(Isabelle Avosti)

Invito alla lettura

15 Stefano Benzoni: l'infanzia non è un gioco

Informazioni

Annuncio giornata di studio

Agenda

16 Calendario corsi

Chi volesse inviarci articoli, progetti o riflessioni da pubblicare è invitato a preferire il formato Word precisando titolo e sottotitolo, nome dell'autore, formazione e/o funzione, luogo di lavoro e bibliografia e/o siti web di riferimento. Le fotografie sono ben accette. Chi desiderasse concordare con noi eventuali adattamenti necessari alla pubblicazione non esiti a contattarci: speriamo così in un incontro d'arricchimento reciproco. Il comitato di redazione valuterà la pubblicazione degli scritti secondo spazi ed argomenti.
E-mail: segretariato@asiticino.ch

Il cammino delle cure



Durante le vacanze estive ho avuto la fortuna e il grande piacere di ripetere l'esperienza dell'anno scorso: sono andata a camminare con mia figlia per 8 giorni, 6-8 ore al giorno, percorrendo un tratto francese di circa 200km del cammino di Compostela. La nostra motivazione era il piacere di stare insieme, godersi la natura durante l'intera giornata, mettere a prova la forma fisica e mentale, scoprire nuovi orizzonti e paesaggi e, secondo la nostra voglia e disponibilità, incontrare persone con chi condividere emozioni e vissuto. Camminare, zaino in spalla, ci ha permesso di sentirci libere, autonome, di lasciarci alle spalle tutto il superfluo che ci frena nella vita quotidiana e così di andare all'essenziale. Durante chilometri di sentieri, saliscendi, boschi e praterie, abbiamo provato l'ebbrezza di avere con noi il minimo indispensabile, di esserci alleggerite dal peso della routine e delle convenzioni. Così abbiamo potuto concentrarci, in silenzio/meditazione oppure chiacchierando, sulle meraviglie che purtroppo ci sfuggono spesso nello stress della vita quotidiana.

Chissà quanti chilometri percorriamo nelle corsie dell'ospedale e cosa guida i nostri passi nella nostra professione. Saper cogliere il cambiamento o l'innovazione diventa una bella sfida, come per esempio sviluppare il ruolo dell'infermiera Advanced Practice Nursing che permette di migliorare la qualità dell'erogazione delle cure e di influenzare positivamente l'economia. Oppure elaborare un progetto di aiuto ai ragazzi che hanno comportamenti violenti, capire l'origine del disagio per poterlo risolvere, far capo all'interdisciplinarietà per, insieme, dare un aiuto efficace e duraturo. L'autrice del progetto si dice soddisfatta del cammino svolto durante questi ultimi anni, grazie agli sforzi fatti per modificare un giudizio profondamente negativo nei confronti dei comportamenti violenti. Gli adolescenti potranno così affrontare con più serenità i primi passi nella vita di adulto.

Nell'invito alla lettura, Stefano Benzoni offre degli spunti molto interessanti per l'educazione dei bambini, magari proprio per evitare che diventino violenti da adolescenti. "Ci indigniamo per le fabbriche stipate di bambini che confezionano altrove le nostre scarpe da tennis ma ordiniamo ai nostri figli di determinarsi alle scelte consumistiche di ogni buon adulto, così da diventare da vittime del lavoro a vittime del consumismo"! Non penso che debbano diventare adulti il più in fretta possibile, ma sono convinta che occorre permettere loro di evolvere al proprio ritmo, avere del tempo libero non strutturato, non passando da un'attività all'altra, bensì riuscendo a vivere tutte le tappe della crescita e dell'infanzia, a volte farsi male per imparare a rialzarsi, non essere né super protetti né super consultati per rispondere ad ogni loro desiderio.

Non da ultimo, in questo numero presentiamo il caso del dottor Melazzini. È davvero un bellissimo esempio di volontà nel seguire il cammino molto tortuoso della malattia: era proiettato in una tranquillità sia professionale che personale quando ricevette la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica. La sua voglia di vivere è un esempio incredibile di forza di carattere, di ridimensionamento dei valori, di rimessa in questione dell'essenza stessa della vita e del suo valore.

Come dice Seneca «è tragico che un uomo si preoccupi per il futuro e si angosci prima del tempo. Il timore di perdere qualcosa è come il perderla veramente».

Buona camminata, sulle strade tortuose ma quanto affascinanti delle cure!

Isabelle Avosti

Advanced Practice Nursing [APN]

Esperienza pratica in due ospedali della Svizzera tedesca

Stefania Simone e Prof. Dr. Romy Mahrer-Imhof

Tendenze e sviluppo

Il cambiamento demografico, per il quale la popolazione al di sopra dei 65 anni tende ad aumentare in modo rapido, ha trasformato i bisogni di cura dei pazienti: le malattie croniche sono in aumento. Secondo l'organizzazione mondiale della sanità [OMS] in futuro l'80% delle prestazioni sanitarie saranno destinate a patologie di tipo cronico (OMS, 2004).

Questo gruppo di pazienti richiede un supporto e una consulenza nel trattamento dei sintomi, nell'assunzione dei medicinali, nel cambiamento delle condizioni di vita, nella conoscenza delle diverse terapie possibili e nelle emozioni che li accompagnano nel loro vivere quotidiano (Lubkin, 2002).

In tal senso, lo sviluppo delle prestazioni mediche e infermieristiche così come quello scientifico faciliteranno i trattamenti, ma le risorse finanziarie rimarranno comunque limitate. Il personale infermieristico gioca un ruolo fondamentale in questo contesto, nell'erogazione di servizi di cura di qualità a passo con i tempi e con le risorse disponibili.

Secondo l'ufficio federale di statistica, nasce quindi la necessità di creare nuove forme di presa a carico dei pazienti (2010). Il personale infermieristico gioca un ruolo fondamentale in questo contesto: le nuove tecnologie, le dimissioni anticipate in seguito all'introduzione di sistemi di rimborso dei raggruppamenti omogenei di diagnosi [ROD, Swiss DRG], le possibilità economiche disponibili, richiedono agli infermieri flessibilità e capacità di lavorare in modo efficace, ampliando il ruolo sul territorio e intensificando la collaborazione intra e interprofessionale.

È in risposta a queste sfide che è diventata necessaria una revisione della definizione dei ruoli e delle nuove competenze infermieristiche, come strategia per migliorare il sistema sanitario. L'introduzione del ruolo di APN offre un nuovo approccio di cura innovativo, supportato a livello mondiale dalle evidenze scientifiche che hanno mostrato l'effetto positivo di tale attore sulla qualità dell'erogazione delle cure e sull'economia (Newhouse et. al, 2011).

Ruolo APN

L'ampliamento delle competenze cliniche di un infermiere APN permette di offrire un modello di presa a carico olistico e innovativo: l'infer-

miere si occupa di guidare i pazienti nel loro percorso e di offrire consigli e informazioni riguardanti la malattia, sia alla persona coinvolta che alla sua famiglia. Gli interventi offerti provengono dall'assunto teorico e sono sostenuti dall'evidenza scientifica proveniente dalla ricerca.

Il ruolo dell'APN va oltre alla specializzazione in campo clinico e comprende:

- l'abilità di svolgere ricerca e di integrare i suoi risultati nella pratica clinica
- una padronanza nella pianificazione di programmi e della valutazione di quest'ultimi
- un'approfondita preparazione nell'ambito della Leadership
- capacità decisionali in campo etico
- capacità di fornire consulenza agli altri professionisti della salute

(Hamric, Spross & Hanson, 2009)

La formazione avanzata prepara il personale infermieristico al pensiero critico rispetto agli interventi infermieristici e all'utilizzo di cure basate sulle più attuali evidenze scientifiche, al fine di ottenere una presa a carico efficace e di qualità, nel rispetto delle risorse disponibili.

L'associazione svizzera per le scienze infermieristiche (Swiss Association of Nursing Science, [ANS]), in collaborazione con la SBK/ASI, hanno redatto un profilo del ruolo dell'APN, che dovrebbe servire come base per la regolamentazione del nuovo ruolo professionale a livello di legislazione federale.

„Una Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse è un'infermiera con una laurea riconosciuta ed un'ampia esperienza nella pratica che ha acquisito le capacità necessarie per assumere decisioni in casi complessi e le competenze cliniche richieste per la pratica avanzata nelle cure infermieristiche. Le caratteristiche delle competenze sono determinate dal contesto e/o dalle condizioni in uso nei paesi dove l'infermiera è autorizzata ad esercitare la professione. Per accedere a questo livello si consiglia il conseguimento di un Master in scienze infermieristiche“.



L'ampliamento delle competenze cliniche di un infermiere APN permette di offrire un modello di presa a carico olistico e innovativo

(Traduzione italiana provvisoria non ufficiale. ASI, p.37)
International Council of Nurses: Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles [official position paper], 2002, June.

Workshadowing

La scuola universitaria di scienze applicate di Zurigo [ZHAW] forma dal 2010, con il corso di Master of Science in Cure Infermieristiche, infermieri con un livello di formazione accademico abilitati al ruolo di APN. È proprio all'interno della formazione attuale, in seno al Modulo Transfer 1 dove l'obiettivo è il trasferimento delle conoscenze teoriche nella pratica, che ho avuto la possibilità di svolgere un "Workshadowing" presso il centro di senologia di Berna e presso la clinica di Nefrologia dell'USZ. Nei due diversi ambiti ho potuto osservare un differente approccio nell'implementazione del concetto di APN: presso la Clinica della donna il ruolo di APN Team, e presso l'USZ il ruolo di APN come infermiera specializzata ed esperta in pratica avanzata.

"Clinica della donna: Centro di senologia", Insel Spital, Berna

A causa del limitato numero di personale con diploma di Master of Science in Svizzera, la Clinica della donna di Berna ha organizzato un APN Team che conta sei persone, dove è richiesta la presenza di almeno un membro con diploma di Master. I membri di questo team provengono da ambiti e formazioni diverse; il loro obiettivo è di offrire una cura ampliata efficace ed efficiente. Per raggiungere questo obiettivo, ogni membro del team si impegna a specializzarsi in un determinato campo di cura e ad ampliare le sue conoscenze sia a livello di reparto che di istituzione. Negli incontri che si svolgono una volta al mese, vengono discusse le problematiche esistenti, le possibili soluzioni e, attraverso le evidenze scientifiche, si cerca di rispondere ai bisogni esistenti con l'obiettivo di migliorare il processo delle cure, formare il personale e



sensibilizzare quest'ultimo alle reti di cura (Senn, Biedermann & Müller, 2012).

Durante il mio Workshadowing, ho potuto seguire un membro dell'APN team: l'infermiera di senologia, detta "Breast Care Nurse" [BCN]. Tale ruolo si occupa di prestare consulenza ed educazione alle donne colpite da tumore al seno, a partire dalla comunicazione della diagnosi fino alla conclusione dei trattamenti ed oltre. Inoltre la BCN fa parte del team multidisciplinare di presa a carico delle pazienti e svolge un ruolo centrale nel coordinamento dei trattamenti e delle cure infermieristiche. Nella diretta pratica clinica la BCN si occupa prevalentemente della consulenza, che ricopre il 60% delle sue mansioni e per il 20% è impiegata nella somministrazione della chemioterapia a livello ambulatoriale.

Oltre alla pratica clinica diretta, la BCN collabora a progetti di ricerca adduate dei membri dell' APN Team; presenta presso i congressi svizzeri le ultime ricerche scientifiche nel campo della presa a carico delle donne con tumore al seno e partecipa alla formazione di nuovo personale. L'obiettivo finale di tale figura è di assicurare una presa a carico più efficace e di qualità possibile della paziente e della sua famiglia, durante tutto il processo di cura. La continua valutazione degli interventi

L'obiettivo finale di tale figura è di assicurare una presa a carico più efficace e di qualità possibile della paziente e della sua famiglia, durante tutto il processo di cura.

infermieristici è parte integrante di tale ruolo: in base ai risultati raccolti è possibile migliorare la presa a carico sviluppandola sempre più in termini di qualità ed efficacia rispetto alle ultime evidenze scientifiche e alle peculiarità della pratica clinica.

“Clinica Nefrologia”, Ospedale universitario, Zurigo

Nel centro di nefrologia dell'Ospedale Universitario di Zurigo è stato implementato il concetto innovativo di assistenza a pazienti che hanno subito un trapianto di reni. Il programma di presa a carico del paziente è rivolto alla promozione di comportamenti favorevoli alla salute, che forniscano a quest'ultimo gli strumenti necessari, ad esempio, per la presa a carico dei sintomi, per un'efficace aderenza terapeutica, per un cambiamento delle abitudini alimentari e dell'igiene.

L'APN ha avuto in quest'ambito il compito di creazione e implementazione di un programma innovativo di consulenza ed educazione di tale gruppo di pazienti. Parte del progetto, consiste nella valutazione del programma medesimo, al fine di verificare la validità degli interventi e dimostrare l'effetto positivo a lungo termine sulla presa a carico dei pazienti, ad esempio a livello di diminuzione delle complicazioni, di aumento dell'aderenza terapeutica, di soddisfazione dei pazienti e della sanità di pazienti.

La responsabile di tale progetto ha una formazione a livello di Master e una specializzazione in malattie croniche. Attualmente lavora al 50% nella pratica clinica come consulente e formatrice, fornendo supporto sia ai pazienti sia al personale, e al 40% presso il centro di ricerca infermieristica dell'USZ, dove conduce e collabora a progetti di ricerca infermieristica per lo sviluppo delle cure infermieristiche.

Obiettivi futuri

La possibilità di ascoltare e vivere in prima persona l'implementazione del concetto di APN mi ha permesso di trasferire la teoria approfondita a scuola direttamente nella pratica clinica.

Sia le esperienze vissute sia i progetti realizzati mi hanno dato idee e motivazione per continuare nella professione e per sviluppare l'assistenza infermieristica nella mia realtà lavorativa.

Attualmente mi concentro sulle donne con

tumore al seno, le quali decidono, dopo una mastectomia, di sottoporsi alla ricostruzione del seno con tessuti autologhi, cioè della paziente stessa. Tali pazienti vengono ospedalizzate per questo tipo di intervento nel reparto di chirurgia plastica e, in seguito, per la continuazione del trattamento, vengono seguite nuovamente dai rispettivi specialisti di oncologia. Il vissuto di queste donne e i loro bisogni durante la degenza in ospedale, nel reparto di chirurgia plastica, fanno parte dei temi della mia ricerca di tesi di Master. Il progetto consiste nella possibilità di creare una rete di sostegno con il centro di senologia dell'USZ per la presa a carico delle donne che intendono intraprendere questo intervento ricostruttivo, per garantire loro una continuità di assistenza mirata ai loro bisogni. Le sfide sono molte: l'istituzione e il personale devono riconoscere il ruolo di APN affinché la sua messa in pratica possa trovare luogo con successo.

Bibliografia:

- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2010). *Anhaltendes Wachstum der Gesundheitsausgaben*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Associazione Svizzera degli infermieri [ASI]. (2011). *Cure Infermieristiche in Svizzera: Prospettive 2020*. SBK-ASI. Bern. p.37.
- Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, C.M. (Eds). (2009). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. (4th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Lubkin, I.M. (2002). *Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe*. Bern: Hans Huber. ■

* Stefania Simone: laureata al DSAN della SUPSI nel 2010. Attiva nel reparto di chirurgia plastica e della mano all'ospedale universitario di Zurigo, Ruolo di Fachexpertin. Studentessa presso la ZHAW nel corso di Master of Science in cure infermieristiche (Settembre 2012).

* Prof. Dr. Romy Mahrer-Imhof: direttrice del corso di Master of Science in cure infermieristiche (MScN) alla ZHAW, scuola universitaria di Zurigo di scienze applicate.

Paziente con disturbo psichico in ospedale

Approccio infermieristico per una corretta prevenzione e gestione dello scompenso

di Jessica Jacob Jemora*



Ad aprile ho partecipato al corso sull'approccio al paziente con disturbo psichico i cui obiettivi erano la presa a carico e gli elementi della relazione terapeutica. Questo corso è stato introdotto principalmente per il personale curante che lavora in pronto soccorso, poiché negli ultimi periodi i pazienti con tali disturbi sono aumentati e la loro presa a carico per alcuni aspetti è insufficiente.

La linea di demarcazione tra normalità e patologia è costituita dalla capacità di condurre un'esistenza normale, come recarsi a scuola, lavorare, seguire i figli, occuparsi di sé, e se una persona riesce a occuparsi di queste attività nonostante il disagio psicologico la si definisce "normale". La differenza non è di tipo qualitativo ma quantitativo cioè quanto invalida la vita del soggetto e quindi nella raccolta dati vanno valutati l'intensità, la durata e la frequenza del disturbo.

Si parla di disturbo psicologico quando la sofferenza legata alla sintomatologia compromette il comportamento del soggetto sul piano affettivo, sociale e lavorativo.

La struttura della personalità

Ci sono tre tipi di strutture di personalità: quella nevrotica, quella psicotica e quella organizzazione/stato limite (chiamata anche borderline). La personalità è la modalità strutturata del pensiero, è il sentimento e il comportamento che caratterizzano il tipo di adattamento o stile di vita del soggetto. Essa risulta dallo sviluppo e dall'esperienza sociale: non è fissa e immutabile ma si evolve attraverso le situazioni che formano la storia dell'individuo.

La struttura è lo "scheletro" che sostiene la personalità dei soggetti (sia normali che patologici). Per comprendere meglio questo tipo di struttura si può rivedere brevemente gli elementi che la compongono e che tipo di meccanismo di difesa mettono in atto per superare le difficoltà.

ES: è l'insieme delle pulsioni e degli istinti. È dominato dal principio del piacere e nasce con l'individuo. Il neonato per esempio vive unicamente questa dimensione.

SUPER IO: è la coscienza morale, quella che blocca e divide gli atti "buoni da quelli cattivi" e si struttura verso i 5 anni di vita;

IO: è il mediatore tra ES, SUPER IO e la realtà: è il direttore d'orchestra che gestisce le altre istanze per ottenere un risultato equilibrato.

Nella struttura nevrotica, il SUPER IO è forte e ipersviluppato. L'IO è integro e solido ed è

capace di arginare gli impulsi dell'ES. Il conflitto esiste tra il SUPER IO e l'ES, è allora che s'instaurano meccanismi di difesa come la rimozione, ossia l'incapacità di ricordare i desideri, i pensieri o le esperienze disturbanti, sono eliminate le pulsioni; lo spostamento, ossia quando il sentimento per un oggetto è indirizzato verso un altro oggetto meno temuto; la razionalizzazione, ossia la creazione di spiegazioni rassicuranti o funzionali ma non corrette; la sublimazione, quando la pulsione si sposta verso un'altra meta.

La natura dell'angoscia della struttura nevrotica è la castrazione.

La psicopatologia delle nevrosi è una forma disturbata del soggetto con l'ambiente, il rapporto della persona con la realtà circostante esiste ma è disturbato, invece l'interpretazione dei fatti che accadono è corretta.

Struttura psicotica: a causa di un SUPER IO debole e insicuro, l'IO non si forma o si presenta in modo frammentario e non riesce ad arginare le pulsioni dell'ES che prende così il sopravvento. Il conflitto esiste tra l'ES e la realtà. I meccanismi allora riscontrati sono:

la proiezione, vale a dire l'attribuzione erronea dei propri sentimenti, impulsi o pensieri ad altri; la negazione, ossia il disconoscimento diretto dei dati sensoriali traumatici, funzione protettiva nei confronti di esperienze di angoscia e di minaccia; la distorsione, ossia una grossolana riformulazione della realtà per adattarla ai propri bisogni interni. È un soggetto che si muove nell'ambiente senza avere una differenziazione con l'ambiente come se fosse senza pelle.

La natura dell'angoscia è la frammentazione. La psicopatologia delle psicosi è l'interpretazione distorta della realtà, con presenza di deliri e allucinazioni, talvolta si presenta lo stato dissociativo. I soggetti non hanno capacità critica. In questo capitolo rientrano i disturbi dell'umore o disturbi affettivi, depressivi e bipolari, e disturbi psicotici o schizofrenici.

Struttura di organizzazione limite o borderline il SUPER IO è debole, è intollerante alle contraddizioni e alle incertezze. Vi è un passaggio repentino tra la rappresentazione mentale o l'espressione verbale e l'atto dello stesso (inatteso, violento e incomprensibile). L'IO è in stato precario, non è realmente strutturato in modo definitivo e si manifesta come una man-

La linea di demarcazione tra normalità e patologia è costituita dalla capacità di condurre un'esistenza normale

canza di tolleranza verso l'ansia che si presenta come uno stato cronico di malessere diffuso che porta a stati di angoscia, ad una mancanza di identità e ad una confusione sul proprio ruolo che porta a sessualità promiscua e atti impulsivi e autolesivi.

Il conflitto è tra Ideale dell'IO, l'ES e la realtà. I meccanismi di difesa sono:

la scissione, vale a dire l'incapacità di integrare aspetti positivi e negativi nello stesso oggetto, che sarà o tutto buono o tutto cattivo; l'idealizzazione primitiva con una visione non realistica dell'oggetto che è vissuto come buono o onnipotente; la negazione, ossia quando il passato o interi settori della vita possono essere negativi; l'onnipotenza e la svalutazione: la svalutazione degli altri va di pari passo con l'ipervalutazione di sé; l'identificazione proiettiva che tende a "mettere" negli altri parti scisse di sé. La natura dell'angoscia è l'abbandono.

La psicopatologia dei disturbi di personalità è la devianza rispetto a comportamenti attesi o culturalmente accettati. Le devianze evidenti sono a livello cognitivo, affettivo, del controllo degli impulsi, della soddisfazione dei bisogni, della modalità di porsi in relazione con gli altri e di gestire le relazioni interpersonali come un disturbo paranoide, schizoide, schizotipico, borderline, istrionico, narcisistico, antisociale.

Diagnosi

La diagnosi in psichiatria si effettua tramite un'accurata osservazione del soggetto rispetto alle facoltà psichiche elementari come l'eloquio, l'attenzione, la mimica, la gestualità, la memoria, lo stato di coscienza, l'orientamento. Si pone la diagnosi anche attraverso l'osservazione delle percezioni, dell'immagine di sé, della critica e del giudizio, del pensiero (forma e contenuto), dell'affettività (tono dell'umore, istinti di autoconservazione, aggressività, conservazione della specie, emozioni e sentimenti) e della psicomotoria.

I pazienti psichiatrici ci hanno dimostrato quanto noi infermieri possiamo essere bravi nel saper fare ma un po' meno performanti nel saper essere e nella capacità clinica della relazione.

Carl Rogers definisce la relazione terapeutica come una relazione in cui almeno uno dei protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato ed integrato. L'altro può essere un individuo o un gruppo. In altre parole la relazione di aiuto potrebbe essere definita come una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione.

Atteggiamento infermieristico

Non esiste la cosa giusta da dire, si prova e in caso di errore si fa un passo indietro,

ricordando che ogni persona ha originali sfumature. La comunicazione diventa fondamentale nella relazione con il paziente, e bisogna farlo in modo chiaro, conciso e franco evitando terminologie complesse, cercando di evitare il senso di frustrazione, l'incomunicabilità e l'interpretazione. Quando non si riesce a comprendere il pensiero del paziente è importante che questo venga esplicitato perché lo aiuta a riportarsi al senso di realtà senza farlo sentire umiliato o respinto. Malgrado la possibilità di insulti (che non devono essere presi sul personale) bisogna cercare di restare obbiettivi quando si ascolta il paziente.

Lo spazio personale, l'esigenza di un distacco e il controllo sia corporeo sia relazionale devono essere rispettati, prestando attenzione allo sguardo, evitando di guardare il paziente negli occhi. Infatti questo viene vissuto come una sfida, bisogna allora cercare di diventare complementari, per esempio se il paziente alza la voce si può continuare la conversazione con voce normale.

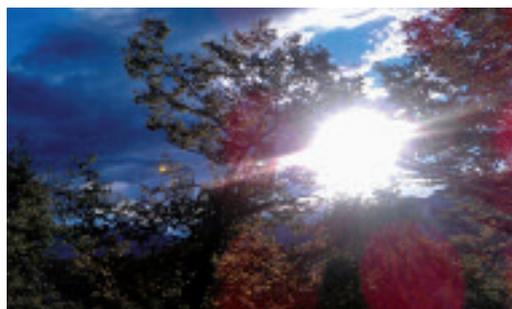
L'aspetto delirante non va reso razionale perché se il paziente deve difenderlo questo diventerà più radicato. Nello stesso modo i pensieri alterati non vanno contrastati perché aumenterebbe la sfiducia e creerebbe conflitti. Inutile pure fare finta che il delirio sia vero, ma cercare invece di insinuare il dubbio senza confermarlo, senza umiliare né respingere il paziente.

In questo tipo di comunicazione è bene manifestare una comprensione empatica per il delirio, anche se quest'ultimo può essere fastidioso e angosciante. Per ultimo, sembra ovvio ma non sempre va messo in pratica, non bisogna ridere anche se i deliri sono bizzarri (non ridere di ma ridere con...) e non pensare di dover sempre dire qualcosa. Il silenzio è anche una forma di comunicazione.

Conclusione

Un aspetto importante da tenere in considerazione quando si entra in contatto con questa tipologia di pazienti è la conoscenza di sé, si deve prestare attenzione a come ci fa sentire il paziente.

Il signor Grossman (psicoterapeuta transpersonale) afferma che: *"prenderci la responsabilità delle nostre emozioni in ogni situazione significa riconoscere che nessuno può farci sentire in un modo che noi non desideriamo. Ciò significa essere disposti a prendersi delle responsabilità per qualsiasi cosa sentiamo così come per ciò che facciamo...."*. ■



La comunicazione diventa fondamentale nella relazione con il paziente, e bisogna farlo in modo chiaro, conciso e franco

* Jessica Jacob Jemora, infermiera specialista in clinica generale, lavora presso l'Ospedale Regionale di Locarno

Bevande energetiche, pro e contro....

di Annette Biegger*



Un elevato consumo di Caffaina e Taurina portano all'insonnia, nervosismo, palpitazioni, tachicardia, convulsioni e addirittura attacchi epilettici.

Camminando per i corridoi dell'ospedale vedo spesso infermieri, per lo più giovani, che bevono bevande energetiche. Devo ammettere che anche a me capita, anche se raramente, di bere una Red Bull, sperando che questa mi faccia sparire la stanchezza accumulata durante la settimana. L'infermiere in un ospedale prende a carico diversi turni di lavoro (presto/tardi/notte) ed il suo corpo deve dimostrarsi molto flessibile nei cambiamenti. Quando poi i ritmi di lavoro sono molto elevati non ci deve meravigliare se alcune persone cercano sollievo per mezzo di bevande energetiche. Queste sembrano fatte apposta per questi momenti di stress fisico e psichico, infatti, la bevanda energetica viene descritta (dal produttore) come stimolante energetico fisico e mentale che migliora le prestazioni, la capacità di reazione e di concentrazione, la soglia di attenzione, aumenta la sensazione di benessere e stimola il metabolismo. Il mercato di tali bevande ha avuto un'improvvisa impennata tra la fine degli anni novanta e l'inizio degli anni 2000, grazie soprattutto a strategie di marketing precise: l'uso di nomi e packaging accattivanti, sponsorizzazioni di eventi e pubblicità attraverso i canali più disparati, destinate ad un pubblico giovane ed ai loro interessi, come sport, musica, vita notturna. Ma recentemente un rapporto promosso dalla Substance Abuse and Mental Health Services Administration parla negli ultimi anni di un aumento preoccupante dei ricoveri e delle complicazioni riguardanti pazienti giovanissimi proprio in seguito al consumo delle bevande energetiche. In particolare il rapporto denuncia un raddoppio dei ricoveri tra il 2007 e il 2011 di pazienti che hanno dichiarato l'esclusivo consumo di bevande energetiche.

Queste bevande contengono principalmente glucosio, caffeina, taurina, guaranina e vitamine del gruppo B. Un elevato consumo di caffeina (una lattina corrisponde circa a 5 caffè) e taurina portano all'insonnia, nervosismo, palpitazioni, tachicardia, convulsioni e addirittura attacchi epilettici.

Secondo un nuovo studio condotto da Sachin

Shah dell'Università del Pacifico in California, le bevande energetiche aumentano la pressione del sangue e disturbano il ritmo cardiaco naturale. La ricerca ha analizzato l'impatto delle bevande energetiche sulla salute del cuore, esaminando l'intervallo QT (il tempo impiegato dal miocardio ventricolare per depolarizzarsi e ripolarizzarsi) di 93 persone che avevano appena consumato da una a tre lattine di bevande energetiche. Gli esiti dei test hanno rivelato che le bevande energetiche incidono sul ritmo del cuore. L'intervallo QT è risultato più lungo (dieci millisecondi in più) tra i consumatori delle bevande.

Tirando una conclusione da questi risultati si può dire che il consumo di bevande energetiche porta dei benefici unicamente per un raggio di tempo molto ristretto e dimostra effetti molto nocivi se consumate in eccesso. Per una buona salute il sonno rimane essenziale, e non può essere sostituito da altre sostanze. ■

* Annette Biegger, MScN, caporeparto chirurgia Ospedale Uster ZH, attualmente in formazione MAS in Managed Health Care

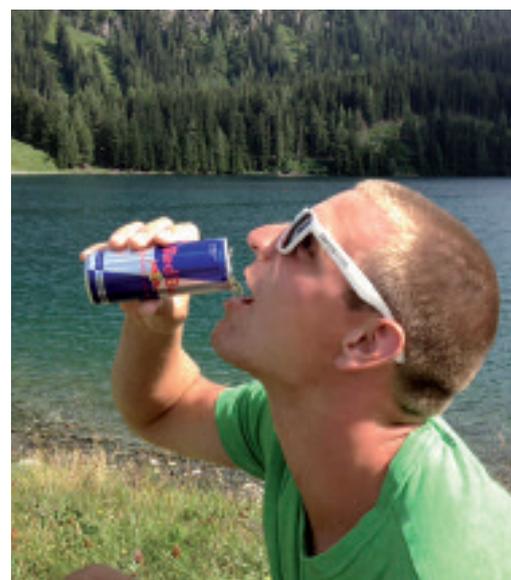


Foto Annette Biegger

Questo nuovo spazio è dedicato a argomenti e spunti di riflessione indipendenti dai contenuti trattati negli altri articoli

Una risposta ai comportamenti violenti degli adolescenti

Alle origini del disagio

di Brigitte Longrich*

Dal 2008, l'Associazione Face à Face di Ginevra propone un programma innovatore di presa a carico degli adolescenti che presentano comportamenti violenti, attribuendo una valenza diversa a un problema sociale che assume proporzioni preoccupanti.



Foto Fabola

L. ha 14 anni. A scuola, che frequenta con un'assiduità molto relativa, è stato convocato e punito a più riprese per aver minacciato dei ragazzi più giovani, ai quali voleva spillare dei soldi o il loro cellulare. È anche stato sorpreso mentre cercava di vendere marijuana a un altro allievo. E poi c'è stata la goccia che ha fatto traboccare il vaso: un pomeriggio, alla fine delle lezioni, ha riempito di botte un compagno che è poi finito al pronto soccorso... I suoi genitori hanno sporto denuncia.

Un fenomeno in aumento

Minacce, racket, aggressioni, furti, traffici di ogni tipo... la lista degli atti legati alla violenza è lunga e soprattutto, questi atti sono sempre più frequenti e riguardano una popolazione sempre più giovane. Genitori, insegnanti, professionisti della salute, autorità giudiziarie e mondo politico non riescono a capacitarsi di fronte a un fenomeno al quale sembra si possa rispondere unicamente con la repressione.

Colpita da questa escalation della violenza, un'infermiera in psichiatria diventata terapeuta di famiglia e di coppia ha deciso di proporre a Ginevra un programma terapeutico per adolescenti con comportamenti violenti. Questa alternativa è adattata alla loro proble-

matica e permette di rispondere al loro bisogno di modificare i loro comportamenti.

Face à Face

Nel 2001, Claudine Gachet crea l'Associazione Face à Face. "In quel periodo volevamo dare alle donne con comportamenti violenti un sostegno e un ascolto adeguati ai loro bisogni. Fino a quel momento l'unica risposta per affrontare la violenza femminile era un ricovero in psichiatria, che non faceva che aggravare lo sconforto morale di queste donne e il loro senso di esclusione" afferma Claudine Gachet.

Nel 2008 viene allestito un progetto pilota specifico per i giovani dai 13 ai 20 anni con comportamenti violenti: "Face à Face ADOS" che fa capo a un'équipe pluridisciplinare – psicologi, guardie di confine, poliziotti, animatori di teatro, istruttore di arti marziali, specialisti in analisi e decrittazione dell'immagine, associazione in rete – e tenta di rispondere il meglio possibile ai bisogni delle ragazze e dei ragazzi che vengono segnalati. Oggi molte istanze propongono questo programma a giovani in difficoltà: giudici, foyer, servizi per la protezione dei minori, ufficio medico-pedagogico, ospedali, istituti post-carcerari, terapeuti, scuole, famiglie e medici.

Minacce, racket, aggressioni, furti, traffici di ogni tipo... la lista degli atti legati alla violenza è lunga

Capire la violenza

“Non si nasce violenti, lo si diventa”. Questa constatazione è alla base dell’approccio terapeutico proposto da Face à Face. Infatti, dire semplicemente che sempre più giovani sono violenti o aggressivi non risolve nulla e rende più marcata l’incomprensione tra le generazioni. Véronique Gaby, psicologa dell’Associazione, afferma: “Grazie alle ricerche di Richard Tremblay e del professor Alain Malafosse, oggi sappiamo che la violenza non è unicamente ambientale o unicamente genetica, ma piuttosto epi-genetica e per fortuna è reversibile. Fin dalla prima infanzia un individuo ha dei comportamenti più o meno violenti e il suo interagire con l’ambiente confermerà o invaliderà la sua credenza nella violenza. Quando l’ambiente familiare non è riuscito a far capire al bambino i misfatti della violenza, quest’ultima non potrà che crescere. L’adolescenza è un momento cruciale negli stadi dello sviluppo, per questo siamo convinti dell’importanza di intervenire in questa fase della vita permettendo ai giovani di scoprire altri modelli e di sperimentare altri comportamenti che permetteranno loro di raggiungere gli obiettivi personali nel rispetto delle regole sociali”.

Il programma proposto ai giovani da Face à Face persegue tre obiettivi principali: stimolare l’empatia e la capacità di creare delle relazioni; imparare il rispetto della gerarchia e dell’autorità; stroncare il ciclo infernale della ripetizione transgenerazionale.

Lavoro in gruppo, individuale e familiare

Una sessione di Face à Face ADOS si svolge sull’arco di tre mesi e comprende circa 72 ore di presenza. La presa di contatto avviene durante due sedute di valutazione, una individuale e una con la famiglia e/o la rete. Si esegue un’anamnesi e si firma un contratto tra l’adolescente, Face à Face e i genitori o il rappresentante legale. Il lavoro è quindi suddiviso in tre moduli. Il primo modulo si svolge su tre giorni intensivi in gruppo misto: riflessioni, scambi, dibattiti, film, giochi di ruolo, teoria e

applicazione pratica. Lo scopo è di permettere ai giovani di sentire le loro emozioni, di dare loro un nome, di capirne i meccanismi, per mettere in atto nuovi comportamenti che permettono loro di controllare gli atti violenti. Diversi partner collaborano a questa sessione e i partecipanti si calano nel ruolo: il confronto diretto con la

polizia o le guardie di confine permette una presa di coscienza: i rappresentanti dell’ordine sono prima di tutto degli esseri umani, come loro, con pregi e difetti. In fondo un “poliziotto può essere simpatico, divertente, gentile...”. Hanno buone intenzioni, come affermano alcuni, e un giorno potrebbero aiutarli.

Emozioni e comportamenti

A tredici, quindici o diciassette anni in che modo si può comunicare il proprio disagio? Come dire che si vorrebbe sparire o far fuori qualcuno.

Il modulo 2 si svolge in 5 sedute di due ore in gruppo non misto. In questa parte si affronta la violenza per la quale i ragazzi sono venuti, la stima di sé, si identificano le emozioni, i pensieri, i comportamenti e le relative conseguenze. “In questo stadio è importante separare le ragazze dai ragazzi”, afferma Claudine Gachet. “In gruppo misto non si parla della violenza allo stesso modo che tra giovani dello stesso sesso”. Il vocabolario è diverso, ma anche il modo di esprimere i propri sentimenti. “Quando ci sono le ragazze bisogna stare più attenti a quello che si dice” pensano i ragazzi.

Condivisione delle esperienze

Infine, il terzo modulo si svolge di nuovo in gruppo misto. L’obiettivo è di sviluppare lo spirito critico e di affrontare la gestione dei rapporti con gli altri. Si tratta inoltre di condividere quanto acquisito e le nuove esperienze. Un maestro di arti marziali partecipa a questa giornata per far lavorare i partecipanti sul loro rapporto con il corpo, la loro gestualità, la fiducia in sé stessi e nell’altro, la loro forza, la loro debolezza. “Durante l’adolescenza il corpo si modifica, permettendo nuove capacità; è molto importante che i ragazzi diventino consapevoli della loro nuova forza”, osserva Claudine Gachet. “A quattordici anni, si può avere un animo infantile in un corpo da uomo”.

Durante questo terzo modulo viene pure data la parola a un rappresentante dell’Action Innocence, un’associazione che contribuisce a preservare la dignità e l’integrità dei bambini e dei giovani su internet. Il suo messaggio è “Non lasciarti sfuggire la tua immagine”. “Face à Face ADOS” comprende pure delle sedute individuali e/o di famiglia con l’équipe terapeutica. 4 e 10 mesi dopo l’accesso al programma vengono stilati dei bilanci per verificare che non ci siano ricadute.

L’adulto che fa la differenza

Una delle constatazioni fondamentali dei responsabili dell’Associazione Face à Face è che la maggior parte degli adolescenti coinvol-

“Non si nasce violenti, lo si diventa”. Questa constatazione è alla base dell’approccio terapeutico proposto da Face à Face.



Foto Digitalstock

Approfondimenti

ti nella spirale della violenza non hanno avuto un modello forte e affettivamente importante durante la loro infanzia. In una società in cui oltre la metà delle coppie si separa dopo alcuni anni, viene a mancare la stabilità necessaria per uno sviluppo armonioso del bambino. Nell'ambito del programma terapeutico può succedere che gli adolescenti trovino fra gli attori coinvolti questo modello, "l'adulto che fa la differenza", che potrà forse permettere loro di superare le difficoltà e di cambiare. Durante le sessioni, i monitori dimostrano rispetto nei confronti dei partecipanti e lo chiedono in cambio, ciò che permette ai giovani di imparare che il rispetto genera rispetto.

Un programma riconosciuto

In quattro anni di attività, il progetto-pilota Face à Face ADOS ha compiuto notevoli progressi e le richieste sono sempre più numerose. Nel 2011, 19 giovani hanno potuto seguire le sessioni, nel 2012 erano quasi raddoppiati. La proporzione di ragazzi e di ragazze è di 74% per i primi e 26% per le seconde. Nel 2011, il programma di prevenzione "giovani e violenza" della Confederazione ha selezionato il programma "Face à Face ADOS" come progetto modello. Oggi, le spese di presa a carico (costo totale di una sessione: Fr. 3500.—) sono rimborsate dalla cassa malati di base. Claudine Gachet, fondatrice e direttrice dell'Associazione Face à Face, è soddisfatta del cammino svolto durante questi ultimi anni grazie ai suoi sforzi continui per modificare il giudizio profondamente negativo nei confronti dei com-

portamenti violenti: "Lo sguardo sulla violenza femminile e quella dei giovani è cambiato. Si considerano le loro difficoltà e si diversificano la prevenzione e il trattamento delle violenze". Non resta che sperare che questo programma si diffonda e che un numero sempre maggiore di adolescenti possa beneficiare di un sostegno di questo tipo e affrontare con più serenità i primi passi nella vita di adulto. ■

* Brigitte Longerich, redattrice "Cure infermieristiche"

Questo articolo è stato pubblicato in versione originale su *Cure infermieristiche*, 5/2013, p. 60. Traduzione: Pia Bagnaschi

Link

Association Face à Face, 16, rue
Voltaire, 1201 Genève.
Tél. 022 345 12 15 / 078 811 91 17
E-Mail:
info@face-a-face.info,
www.face-a-face.info
Formatori esterni:
Polizia cantonale di Ginevra:
www.geneve.ch/police
Guardie di confine:
www.ezv.admin.ch
Action Innocence:
www.actioninnocence.ch
Académie suisse de Sécurité:
www.academie-suisse-securite.ch
Forum du possible:
v.tacheron@gmail.com

Ciò che occorre sapere

Perché questa violenza?

Oggi si assiste a un aumento delle manifestazioni di violenza nei giovani, e in particolare nei ragazzini – a volte già dai 10 anni. In un'ottica di prevenzione, è importante considerare i punti fragili:

- le famiglie con attitudini violente
- il contatto precoce con la violenza
- i divorzi laceranti
- le giovani madri immature
- le situazioni precarie
- il sovraccarico di lavoro delle donne – accumulo di funzioni (madre, moglie, professione)
- le carenze affettive
- la mancanza di modelli parentali
- la mancanza di fiducia di base
- la non instaurazione della relazione inaugurale verso l'Altro (genitori inadeguati)

Fortunatamente, i bambini con comportamenti aggressivi non diventano tutti degli adulti violenti.

I bambini viziosi e quelli con carenze affettive giungono agli stessi atti di violenza. Infatti, più i genitori sono assenti, più si colpevolizzano, più diventano permissivi, acquistano loro degli oggetti o gli aumentano la paghetta, più i giovani diventano esigenti e onnipotenti, più le tensioni crescono e inizia l'escalation verso la violenza.

D'altra parte, i bambini che in tenera età hanno subito delle umiliazioni o violenza da parte delle persone che li circondano sviluppano un desiderio di vendetta, che provoca un'inversione di comportamento: da vittima, una volta adulti, potrebbero diventare boia.

L'esperienza del dott. Mario Melazzini È troppo bello vivere

di Avosti Isabelle*



Lo scorso 6 maggio al cinema Cittadella di Lugano, Mario Melazzini ha partecipato alla presentazione di "Io sono qui", documentario di Emmanuel Exitu, regista premiato in Florida nella selezione ufficiale dei film indipendenti. Lui stesso dice: *"di inguaribile c'è solo la mia voglia di vivere"*. Per respirare si aiuta con un ventilatore, per mangiare ha un sondino nello stomaco. Viaggia in carrozzina e dipende dagli altri. Ma questo non gli impedisce, nella sua doppia veste di medico e paziente, di far sentire con la voce che gli rimane la voglia di vivere anche con una malattia che porta alla morte.

Uomo, medico, paziente

Mario Melazzini è nato a Pavia nel 1958. È sposato con Daniela e hanno tre figli. Si laurea a 24 anni e a 39 è già primario del day-hospital oncologico dell'Istituto Scientifico Salvatore Maugeri di Pavia. A 44 anni compaiono i primi sintomi della malattia. La diagnosi precisa arriva nel 2003: sclerosi laterale amiotrofica. Una malattia tanto difficile da riconoscere quanto da accettare. Ci sono molti malati di SLA che gridano il coraggio ed il diritto di vivere, anziché di morire.

Simbolo di questa lotta è Mario Melazzini, primario al Day Hospital Oncologico S. Maugeri di Pavia, colpito nel 2002 da questa cara "ragazza": così chiama affettuosamente la sua SLA. Una malattia neurodegenerativa che lo ha inchiodato ad una sedia a rotelle ed ha ridotto il suo corpo ad un "contenitore", togliendogli ogni possibilità di compiere gesti volontari. Da medico, ora anche paziente, dice che il problema reale da risolvere «è l'abbandono delle famiglie e delle persone che soffrono». Un uomo dolce, un medico di successo, una bella famiglia, una forma fisica da far invidia, una carriera tutta in ascesa, nel febbraio del 2002 Mario Melazzini pensa di essere un uomo realizzato. Ma quando sale in bicicletta per il suo allenamento quotidiano capisce che qualcosa non va. Il piede sinistro non risponde, il corpo gli disubbidisce. Ci vuole un anno per avere la diagnosi: è SLA, sclerosi laterale amiotrofica, una patologia degenerativa con la quale, mediamente, non si vive più di tre anni. Il medico diventa malato e incontra sul suo cammino la sofferenza, la depressione, la paura, il desiderio di farla finita prima di finire come un vegetale. Ma poi reagisce. Capisce che la vita può essere ricca e interessante, nonostante la malattia. Anzi, anche «grazie» a essa. La sua stessa professione acquista una nuova profondità. Ora, infatti, Mario vede le cose «dall'altra parte». Entra in contatto con

decine di persone fragili e in compagnia di un cantautore famoso e di una badante rumena incomincia la sua più grande battaglia: quella contro la solitudine e l'abbandono che spesso accompagnano le patologie più gravi, contro quel sentimento di esclusione e di insignificanza che prima o dopo coglie tutti coloro che soffrono di handicap invalidanti. Adesso non vuole più morire, ma «godere ogni minuto del miracolo di essere vivo».

«Vivere è bello, in qualsiasi modo, anche in un corpo che non sento più mio».

Attorno a questa malattia c'è il più totale abbandono e se ne è accorto quando si è ammalato. Questo l'ha spinto a farla conoscere. Non è una malattia solo dell'individuo ma anche della famiglia. Il malato si scontra direttamente con le problematiche che questa malattia neurodegenerativa provoca, senza venire informato in maniera corretta, non tanto sul problema, ma sulle soluzioni. L'80% dei pazienti decede entro tre anni dal momento della diagnosi perché non è sufficientemente supportato con strumenti che facilitano la vita. Come l'aiutarsi nella respirazione con la ventilazione e con un'alimentazione adeguata tramite un sondino che permette di condurre una vita qualitativamente accettabile.

Prima di ammalarsi, la sua è stata una vita dura, adesso dice che lo è di meno. Si era posto degli obiettivi e li ha raggiunti dal punto di vista familiare e professionale. Ha una famiglia bellissima, è diventato primario oncologo a 39 anni. Era proiettato in una tranquillità sia professionale che personale stupenda anche se non era mai contento perché cercava di raggiungere sempre qualcosa di più. Aveva degli obiettivi, dei progetti come dare serenità pratica alla sua famiglia per godersi la vita di coppia. Aveva un progetto professionale di creare un gruppo di oncologi clinici con una maggior attenzione ai bisogni dei pazienti terminali.

I primi segnali della malattia

Strisciava il piede sinistro. Faceva molto sport, andava in bici ma non riusciva a mettere il piede nello scarpino del pedale. Da qui decise di fare degli esami dai quali non risultò nulla se non una modestissima riduzione degli enzimi muscolari. Si pensava ad un semplice problema di schiena, fino a quando il problema si trasferì all'altra gamba. Per camminare doveva aiutarsi con il bastone. Fece allora tutti gli esami di accertamento: e lì avvenne un brusco contatto reale da paziente con il mondo medico. Dopo ore di attesa chi lo visitò gli

Il medico diventa malato e incontra sul suo cammino la sofferenza, la depressione, la paura, il desiderio di farla finita prima di finire come un vegetale. Ma poi reagisce.

disse: "Ah! Ma lei è medico... perché non l'ha detto?". "E perché avrei dovuto?". "L'avrei ricevuta prima". E poi con altrettanta grazia disse: "Fa sport?". "Sì". "Bene, se lo scordi!".

Evoluzione della malattia

Da una stampella ebbe bisogno di due. Il riabilitatore disse che avrebbe dovuto pensare di utilizzare la carrozzella. Nel giro di un mese la situazione precipitò. Andando in montagna con i figli, senza farsi vedere da nessuno, fece la prova di valutare quanto tempo impiegava a fare la pista ciclabile a piedi e in carrozzina. Tornando in ospedale, ha cominciato ad usare la carrozzina. Se prima era considerata una sconfitta, fu poi una vittoria nei confronti della malattia.

Per lui sapere la diagnosi fu una cosa bruttissima. Pensava che con questa malattia non si poteva fare nulla. Si isolò, allontanando moglie, figli, tutti. Voleva accelerare la malattia. Non accettava l'aiuto di nessuno. Fino a quando capitò di toccare il fondo. A questo punto ha avuto la fortuna di essere aiutato da due carissimi amici: Ron, amico fraterno, che con discrezione è sempre stato vicino, ed il padre spirituale, Silvano Fausti, un gesuita. Voleva stare lontano da tutti. Ha passato quattro mesi in montagna. "Portati la Bibbia – disse il mio padre spirituale –. Se hai voglia leggiti il libro di Giobbe". La Bibbia rimase sul comodino per un mese, poi decise di aprirla e Giobbe l'aiutò a capire l'essenza dell'esistere.

L'essenza dell'esistere

Mario Melazzini dice di avere la fortuna di avere questa malattia che porta via tutto facendo rimanere la persona prigioniera di un corpo. Un contenitore che è pieno di nulla ma è ricchissimo di emozioni. È questo il valore aggiunto di questa malattia: permette di provare e di affrontare determinate problematiche e di mettersi a disposizione degli altri, tramite l'Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica dalla quale è presidente nazionale. Conoscendo le problematiche che la malattia può dare, si può andare avanti in maniera dignitosa. Il medico crede nel valore della vita della quale ama e rispetta tutte le sue manifestazioni. Soprattutto in caso di malattia, quando una persona è fragile, diventa essenziale sentirsi considerata, sentirsi "viva" anche in determinate situazioni. Importante è, attraverso l'Associazione, trasmettere il coraggio di vivere e di fare vivere.

Disinformazione attorno al problema.

Attualmente si parla tanto di eutanasia, di accanimento terapeutico, suicidio assistito, autodeterminazione e autonomia del paziente, c'è confusione. Si sta strumentalizzando il problema. Si vuole normare un evento per arrivare all'eutanasia. Il messaggio che è pas-

sato è che i malati che si trovano in una condizione simile a quella di Welby hanno una sofferenza tale che è incompatibile con una dignità e qualità di vita accettabile.

Evitare sofferenza e dolore

Ci sono tutti gli strumenti fisici per lenire la sofferenza fisica ma c'è anche la sofferenza psicologica che a volte fa molto più male di quella fisica. Ci vuole un rapporto personalizzato con il paziente, condividendolo con i familiari proprio perché è una malattia della famiglia. Così c'è una presa in carico del paziente e in questo modo non si parla più di accanimento terapeutico perché è un percorso che si compie insieme. La malattia provoca ovviamente dei cambiamenti importanti, soprattutto il fatto di dipendere dagli altri, di doversi adattare a tutte le situazioni. Passare da medico a paziente non è cosa facile, dall'altra parte questo insegna a fare meglio il medico. Fa capire i valori reali della vita, fa apprezzare le piccole cose. Insegna a programmare ma non pianificare. Finita la giornata, il Dr Melazzini dice di essere stanco ma felice, al mattino vuole anche alzarsi felice malgrado i pensieri di responsabilità nei confronti dei suoi compagni di malattia e anche nei confronti dei suoi colleghi medici. Trova energia nei suoi figli che sono la "sua benzina", tutti e tre in modo diverso. L'esperienza della malattia ci ha fatti maturare molto, la sofferenza del padre, vissuta da lui stesso in modo positivo, dovrebbe dare loro una carica positiva. Sua moglie gli dà forza e sicurezza, la malattia può sfasciare le migliori famiglie, e, malgrado le innumerevoli difficoltà incontrate, l'amore è stato più forte.

Voglia di vivere

La vita è un dono e come tale va accettata, va vissuta dall'inizio alla fine. Vissuta con amore e positività perché bisogna godere di ogni istante che si vive e ringraziare, per chi crede, il buon Dio. Chi non crede può ringraziare chi vuole, per il fatto di essere stati messi al mondo. Mario Mezzalini è credente, e dice che la fede l'ha aiutato ad accettare la malattia, ma soprattutto ad accettare la morte. ■

Redatto da Isabelle Avosti a partire di un'intervista di Nicoletta Pasqualini (rivista Maria Ausiliatrice 2007-8) e da documenti pubblicati sul sito www.medicinaepersona.ch



La vita è un dono e come tale va accettata, va vissuta dall'inizio alla fine

* Isabelle Avosti, infermiera specialista clinica in salute pubblica e diabetologia, lavora presso l'Ospedale Regionale di Locarno

Stefano Benzoni Piccoli adulti condannati alla felicità



Innocenti e felici. Voraci ed egoisti. Autonomi e intoccabili. Avidi e seduttivi. Dai bambini vogliamo tutto e il contrario di tutto. Soprattutto vogliamo che siano adulti il più in fretta possibile così da placare la nostra ansia da prestazione di genitori insicuri. Ma la crescita, come una conversazione, necessita di spazi e di silenzio, di pause. Forse abbiamo tutti una certa idea di che cosa sia l'infanzia e di come ci si debba comportare con i bambini. Come educarli, cosa aspettarsi, cosa pretendere, cosa desiderare, cosa temere. Ogni famiglia stabilisce ciò che i bambini dovrebbero o non dovrebbero essere e questa idea si confronta ogni giorno con le rappresentazioni pubbliche della loro identità. I media sono saturi di campagne periodiche sulla difesa dell'infanzia. Non vi è o quasi piega della società che non nasconda qualche potenziale nemico per i nostri bambini. La difesa dell'infanzia è diventata, così, uno dei principi etici fondamentali delle società occidentali, una delle nostre bandiere da esportare. E la felicità dei nostri figli è talmente importante che l'industria del loro intrattenimento è uno dei pochi mercati ancora in espansione.

Tuttavia questa infanzia intoccabile, da difendere strenuamente contro ogni nemico e appagare a costo di indebitarsi, nasconde un lato oscuro. Con una mano chiediamo che i bambini siano tutelati dagli aspetti più immorali del mondo degli adulti, e con l'altra ci aspettiamo che vi si immergano fin da subito, assor-

bendone i principi e le regole. Ci indigniamo per le fabbriche stipate di bambini che confezionano altrove le nostre scarpe da tennis, ma ordiniamo ai nostri figli di crescere in fretta e determinarsi alle scelte consumistiche di ogni buon adulto, così che possano ripercorrere rapidamente la parabola che ha soggiogato l'uomo del Novecento: da vittima del lavoro a vittima del consumo. Li vorremmo magri e atletici ma li sommergiamo di cibo. Ci aspettiamo che scelgano la fidanzatina e comprino scarpe con il tacco già ad otto anni, ma li vorremmo vergini e intonsi. Ci facciamo scudo sulla stampa dei loro disegni quando crolla una casa o cadono le bombe, ma poi ne ignoriamo sistematicamente le esigenze in ogni piega del vivere sociale. Li sbattiamo seminudi sulla copertina di «Vogue», salvo poi indignarci e dare fuoco alle pira della strega o del pedofilo di turno. Saturiamo la loro cameretta di giochi affinché non possano inventarne mai uno nuovo, in grado di corrompere l'ordine che ci governa. Rendiamo le loro fantasie prevedibili per stabilirne con esattezza il confine. Sorvegliamo i loro desideri per reprimere ogni possibile trasgressione sul nascere.

Ci aspettiamo così che il bambino puro e innocente sia anche felice. E il passo dalla felicità al consumo è ovviamente assai breve. Con il risultato che sempre di più le nuove frontiere dell'educazione si aprono alla libera scelta dei bambini come liberi consumatori. ■

info

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana

SUPSI

Dipartimento sanità



EDUQUA

Schweizerischer Qualitätszertifikat für Weiterbildungsinstitutionen
Certificat suisse de qualité pour les institutions de formation continue
Certificate suisse de qualité per istituzioni di formazione continue

Informazioni

GIORNATA DI STUDIO

L'INFERMIERE DI OGGI E DI DOMANI: LA QUALITÀ, LE PRASSI, LE TECNOLOGIE

organizzata dall'Associazione Svizzera Infermiere/i Sezione Ticino
e dalla Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana – Dipartimento Sanità

**MARTEDÌ 10 DICEMBRE 2013 – AULA MAGNA SUPSI
TREVANO**

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE **SETTEMBRE - DICEMBRE 2013**

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
10 settembre 2013	Come diventare infermiere indipendente	07.08.2013	• Nadia Ferrari Grandi • Giovanni Marvin	infermieri/e	Chiasso
23 – 24 – 25 settembre 2013 18 – 19 novembre 2013 29 – 30 – 31 gennaio 2014	Digitopressione	21.08.2013	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	Bellinzona
26 - 27 settembre 2013	Intelligenza emotiva: la razionalità al cospetto dell'emozione. Scontro o sfida fra ragionamento logico e gestione delle pulsioni emotive	26.08.2013	Vincenzo Santoro	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
30 settembre 2013	Introduzione alla grafologia	28.08.2013	Maria Anna Zaramella	aperto a tutti	Mendrisio
2 ottobre 2013	Alzheimer: la malattia, la comunicazione, l'assistenza al paziente	02.09.2013	Michela Tomasoni-Ortelli	aperto a tutti gli operatori del ramo socio – sanitario	Bellinzona
7 – 8 ottobre 2013	Conoscenze delle dinamiche di gruppo	04.09.2013	Mariano Cavolo	aperto a tutti	Lugano
9 ottobre 2013	Corso base di elettrocardiografia	09.09.2013	Sergio Calzari	• infermieri/e • operatori/trici sociosanitari/e	Lugano
14 ottobre 2013	Le direttive anticipate	11.09.2013	IOSI	• infermieri/e • assistenti geriatrici/che • operatori/trici sociosanitari/e	Lugano
18 ottobre 2013	Il perenne dilemma tra il rispetto dell'esistenza umana e il ricorso all'eutanasia, al suicidio assistito... quando il ciclo della vita volge al tramonto	16.09.2013	Alfredo Bodeo	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
21 ottobre 2013	La fragilità nell'anziano: interventi di prevenzione delle cadute negli anziani	18.09.2013	Morena Generelli	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario	Bellinzona
22 – 23 - 24 ottobre 2013	Riflessologia zonale del viso	18.09.2013	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	Bellinzona
24 – 25 ottobre 2013	Paura e fobie: retaggio antico o disagio moderno?	23.09.2013	Vincenzo Santoro	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
4 novembre 2013	Grafologia – approfondimenti	02.10.2013	Maria Anna Zaramella	aperto a tutti coloro che hanno partecipato al corso "Introduzione alla grafologia"	Mendrisio
5 novembre 2013	Come affrontare il ruolo pedagogico dell'infermiera/e?	02.10.2013	Fulvio Poletti	infermieri/e che hanno partecipato al corso "Da infermiera/e a formatrice/tore: passaggio ad un ruolo pedagogico"	Da definire, Bellinzona o Chiasso
8 – 15 novembre 2013	La floriterapia: fiori di Bach e tanti altri	07.10.2013	Lilia Nodari Cereda	aperto a tutti	Lugano
12 novembre 2013	Igiene orale nelle cure	09.10.2013	Milena Scaroni	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario	Lugano
21 – 22 novembre 2013	Conflitti interpersonali e negoziazione	21.10.2013	Vincenzo Santoro	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
25 – 26 – 27 novembre 2013	Le abilità di counseling nel lavoro quotidiano	23.10.2013	Patrizia Gasparetti	aperto a tutti	Bellinzona
6 dicembre 2013	Approccio al paziente anziano affetto da demenza durante l'ospedalizzazione	04.11.2013	Marco Malnati	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
9 – 10 dicembre 2013	Sapersi esprimere in gruppo	06.11.2013	Mariano Cavolo	aperto a tutti	Lugano
11 – 12 dicembre 2013	Riflessologia del piede neuro - muscolare: ripasso	11.11.2013	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario che hanno partecipato al corso "Riflessologia del piede: parte neuro – muscolare"	Bellinzona
13 dicembre 2013	Stalking e Mobbing: come riconoscere i comportamenti persecutori quando la vittima è stata designata	11.11.2013	Alfredo Bodeo	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
16 dicembre 2013	Come comunicare al paziente? Come scegliere le parole eticamente giuste? Il counseling etico – infermieristico nella realtà clinica e nel cinema	13.11.2013	Paolo Marino Cattorini	aperto a tutti	Chiasso